安徽省第二人民医院

住院医师规范化培训学员信息登记表

培训专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | 出生  年月 |  | | | | 出生地 |  | 照  片  （插入电子照片直接打印） |
| 政治  面貌 |  | | | 民族 | |  | 健康  状况 |  | | | | 婚姻  状况 |  |
| 身份证号 |  | | | | | | 手机 |  | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | 工作单位  （社会人学员可不填） | | | | |  | | |
| 是否取得医师资格证 | | |  | 证书编号 |  | | | | 取得时间 | |  | | 发证机关 |  |
| 是否取得执业医师证书 | | |  | 证书编号 |  | | | | 取得时间 | |  | | 发证机关 |  |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 学习经历  （从高中填起，学位请注明专业学位或科学学位） | | 起止时间 | | | | 学校名称 | | | | 专业 | | | 学历 | 学位 |
|  | | | |  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  |  |
| 工作经历 | | 起止时间 | | | | 单位名称 | | | | | | | 职称 | 证明人 |
|  | | | |  | | | | | | |  |  |
|  | | | |  | | | | | | |  |  |
|  | | | |  | | | | | | |  |  |

年 月 日